



Al Sindaco
Alla Giunta
Ai Consiglieri
Al Presidente del Consiglio comunale
di Città di Castello

OGGETTO: ORDINE DEL GIORNO

PREMESSO CHE

La pandemia ha messo a nudo gli elementi di fragilità, di inefficienza, di debolezza del nostro sistema sanitario e assistenziale, indebolito da anni di de-finanziamento e di progressiva riduzione del personale. Tutto il sistema ha sofferto, ma in particolar modo i servizi di cure primarie e di prevenzione, ovvero quelle componenti del sistema che avrebbero dovuto svolgere il ruolo di contenimento nei confronti della diffusione dei contagi e della malattia.

La carenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di sanità pubblica) che identificasse i casi, i conviventi, i contatti (l'abc della sanità pubblica) intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali.

La crisi ha messo in luce anche e soprattutto i rischi insiti nel ritardo cronico con cui, negli anni, ci si è mossi per rafforzare le strutture territoriali a fronte dello sforzo operato per il recupero di più elevate livelli di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero.

E' infatti sempre più evidente che un'adeguata rete di assistenza sul territorio non è solo una questione di civiltà a fronte delle difficoltà del singolo e delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenta l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quelli che stiamo combattendo.

L'insufficienza delle risorse destinate al territorio ha reso più tardive e fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia con politiche territoriali proattive di tracciamento, mentre l'ipertrofia del momento ospedaliero propria di alcune politiche regionali vanno ripensate in profondità.

La pandemia ha dimostrato che solo la Sanità pubblica può garantire la salute quale bene comune, con esempi indiscutibili di pratiche efficaci atte a evitare il contagio e a prevenirne l'evoluzione più grave, ha fatto emergere alcuni aspetti virtuosi che meritano essere citati a dimostrazione del fatto che la sanità pubblica, a differenza di quella privata, ha mostrato degli elementi di garanzia.

E' necessario un processo culturale-politico forte, un pensiero riformatore diffuso nei territori, che ricongiunga le scelte di politica socio-sanitaria alla vita reale dei cittadini e delle collettività, che restituisca ai territori la determinazione di scelte organizzative che riguardano il benessere complessivo della Comunità.

CONSIDERATO CHE

A
COMUNE DI CITTÀ DI CASTELLO Aoo: Comune di Città di Castello "Riproduzione Cartacea Documento Elettronico" Protocollo N. 0004367/2022 del 26/01/2022 "Class.: 2.3 «CONSIGLIO» Documento Principale



Prima del Covid i rischi del servizio sanitario nazionale di regredire, implodere, di essere privatizzato, di essere delegittimato, di perdere la sua condizione universalistica erano già forti.

Con la legge n° 833 è stato istituito il SSN finanziato dai cittadini in proporzione alla capacità contributiva ed indipendentemente dal bisogno assistenziale atteso (solidarietà contributiva) : evento epocale non solo per i principi di equità, solidarietà, universalità delle cure sanitarie, ma anche per aver dato pari dignità alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione.

Alcuni padri della L 833/78 risiedevano in Umbria, regione che in quel momento fu traino e avanguardia: la riforma sanitaria, scriveva Seppilli, è stata concepita come uno strumento politico per una maggiore democrazia.

Ma a fronte della spinta partecipativa del 1978, la successiva aziendalizzazione del SSN ha invece introdotto logiche proprietarie; vengono consegnate poi le Aziende sanitarie a gestori pubblici- le Regioni- individuati come livelli amministrativi più capaci rispetto ai Comuni, che avevano gestito le Unità Sanitarie Locali

La programmazione economico-finanziata da un lato (DPEF e leggi finanziarie) e quella di settore (Piano sanitario nazionale e regionale) dall'altro, avrebbero dovuto assicurare politiche e risorse adeguate e il loro uso in cornici appropriate e consone con le finalità istituzionali del SSN.

Ma così non è stato: il SSN è stato sottoposto ad una progressiva ed immobilizzante restrizione di risorse finanziarie e di personale; depotenziamento dell'assistenza sanitaria pubblica, spinta alla privatizzazione con istituzione dei fondi integrativi sanitari, per l'accesso a prestazioni di sanità privata, aggiuntive e poi anche sostitutive a quelle erogate dal SSN.

Successivamente l'approvazione del federalismo in sanità con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, ha avuto l'effetto complessivo di disarticolare l'azione del nostro SSN in 21 servizi sanitari regionali, con frammentazione e disomogeneità dei servizi nei diversi territori, con indebolimento delle funzioni di prevenzione e di assistenza e con una capacità diversa, nei diversi contesti, di rispondere adeguatamente alle problematiche emergenti di salute.

La sanità regionalizzata ha continuato ad accentuare l'indebolimento del territorio, riservando investimenti alla sola funzione ospedaliera o allo sviluppo del settore privato.

La falsa teoria che viene enunciata a sostegno della sottrazione alla sanità pubblica di risorse destinati a privati è che la nostra spesa sanitaria non sia più sostenibile per le finanze pubbliche e che quindi bisogna fornire prestazioni aggiuntive tramite i fondi integrativi. **In realtà il nostro paese spende per la salute meno di quanto spendono gli altri paesi EU in termini percentuali sul PIL: siamo al diciottesimo posto, tra gli ultimi, con poco più dell'8%, mentre la media europea di investimento è del 10%, con paesi come la Francia e la Germania che arrivano all'11,5%.**

L'aumento della speranza di vita, il progressivo aumento delle persone anziane e grandi anziani, l'aumento di gruppi di popolazione con malattie croniche degenerative richiede più risorse per far fronte ai bisogni di salute ma soprattutto richiede un sistema di sanità pubblica più adeguato, meno economicamente costoso e più accettabile socialmente.

Fatto sta che in soli dieci anni nel nostro paese sono stati tagliati quasi quaranta miliardi di euro di spesa per la sanità; i posti letto ospedalieri che nel 2000 erano circa 298.000, sono passati nel 2019 a 192.000, il 35% in meno: si è passata da 4,7 posti letto per 1000 abitanti a 3,8 alla fine del 2019. Tanto per avere una idea : in Germania sono 8 ogni 1000 abitanti.

Le politiche di questi anni hanno e stanno affrontando le complessità della sanità, le sue profonde criticità, i suoi annosi problemi strutturali, in modo omeostatico, semplicemente



cercando di amministrare meglio, rattoppando qua e là qualche smagliatura, rimediando un pò di soldi, la cui linea politica è amministrare lo status quo nella più ampia continuità normativa.

ATTESO CHE:

Lo stesso depotenziamento che denunciavamo a livello nazionale, lo troviamo identico in Umbria: **depotenziamento di strutture, di personale, dei percorsi di cura, omologazione dei servizi e progressivo impoverimento.**

La situazione che incontra il cittadino che in Altotevere intende accedere ai servizi riguardanti la sua salute, è costellata di numerose difficoltà annunciate tra l'altro dallo stato delle vie di accesso in particolare al presidio ospedaliero, ma non solo. Vie accidentate dove si corrono seri rischi di danneggiare la propria salute, ancor prima di trovare risposte che la salvaguardino.

CRITICITA' STRUTTURALI:

Sia il presidio ospedaliero che i Centri di Salute presentano gravi problemi strutturali:

- l'edificio che ospita il Cds in Via Vasari versa in condizioni tali da richiedere lavori di manutenzione per garantire il livello di sicurezza. Negli anni la struttura è peggiorata e i piccoli accorgimenti realizzati non hanno risolto a monte il problema, basta vedere la mancata protezione degli utenti in attesa per i quali è stato approntato un gazebo (del tutto insufficiente) senza sedute.
- Con l'avvento della pandemia le unità di personale sono state frammentate in più sedi andando a rendere molto più critico l'approccio integrato ai problemi la salute;
- Altrettanto inadeguati risultano gli spazi interni del CDS sia relativamente alla assenza di servizi igienici dedicati ai portatori di handicap, sia in termini di spazi per l'accoglienza delle persone.

A fronte di queste criticità strutturali che richiederebbero dei precisi investimenti per restituire alla popolazione una "Casa della salute" o una "Casa di Comunità" agibile e adeguata, il nostro è l'unico territorio a non beneficiare dei fondi messi a disposizione del PNRR per i progetti di Case e Ospedali di Comunità.

L'unico accenno nel PNRR infatti è al recupero dell' ex Ospedale, ma insieme al complesso del chiostro di S. Domenico, con una cifra irrisoria, del tutto inadeguata.

RISORSE PERSONALE

- Professioni sanitarie: **carenza cronica di personale delle varie professioni sanitarie**, che nei vari ambiti di competenza risultano gravemente insufficiente a fronteggiare oltre le attività ordinarie, una molteplicità di servizi dipendenti dalla pandemia: tamponi, drive, vaccinazioni, tamponi antigenici operatori dei servizi, monitoraggio dei contagi nelle strutture residenziali. Inoltre, anche nell'ultimo periodo, a fronte dell'aumento obbligato dalle norme della platea dei vaccinandosi, **non si è reagito aumentando il personale in numero adeguato a gestire l'aumento di richiesta.**

La richiesta di una struttura da aprire, se non è accompagnata da NUOVO PERSONALE in grado di riempirla, diventa un altro boomerang contro la possibilità di accedere alla vaccinazione.

Urge un raddoppio delle squadre di operatori dedicati.



- Personale medico: a causa del mancato turnover del personale, successivo ai pensionamenti, i pochi medici rimasti si trovano a dover far fronte non solo al servizio medico ordinario ma anche quello straordinario legato alla pandemia.
- Assistenza sanitaria di base e cure domiciliari: anche in questo ambito, l'equipe del CdS fatica a mantenere un equilibrio tra, da una parte, la necessità di continuare a dare risposta a pazienti domiciliari e dall'altra a rispondere alle continue emergenze che la diffusione del virus sta generando: sia nell'ambito dei nuclei familiari sia all'interno delle strutture residenziali.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE-DIMISSIONI PROTETTE

Il Distretto Alto Tevere, ha avviato il percorso di Dimissione Protette a partire dal mese di maggio 2018 con la messa a regime del processo di informatizzazione dal mese di giugno 2018 e con il progressivo coinvolgimento delle Unità Operative del P.O di Città di Castello e del P.O di Umbertide e delle Residenze Protette Convenzionate (Balducci a Umbertide e Muzi Betti a CdC) del territorio verso tutti i setting assistenziali del territorio

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da SARS-CoV-2 ha reso necessario avviare un processo di riorganizzazione complessiva dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali e contemporaneamente nei primi mesi del 2020 è avvenuta la chiusura della RSA di Città di Castello (3°Piano del P.O di Città di Castello: n16 posti letto) e successivamente anche quella della RSA di Umbertide con n° 10 posti letto. Un setting assistenziale a cui, accedevano la maggior parte delle persone prese in carico dalle "Dimissioni Protette", cioè pazienti "fragili", affetti da malattie croniche e degenerative, persone anziane per cui il ricovero in ospedale segna il passaggio verso una condizione di non autosufficienza con necessità al termine della degenza ospedaliera di assistenza infermieristica, riabilitativa, tutelare, socio-assistenziale;

- persone con "fragilità socio-assistenziale" senza una rete di sostegno reale che possa prendersene cura;

RICOVERI ANNO 2019 RSA		DIMISSIONI PROTETTE		
RSA UMBERTIDE	122	ANNO	DP	RICOVERI
RSA CITTA' DI CASTELLO	245	2019	476	407
TOTALE	367	2020	421	371
DIMISSIONI PROTETTE VERSO SETTING RSA 267				
ETA' MEDIA 86 ANNI		DA 01/01/2021 A 21/10/2021	305	280

Dalla comparazione dei dati relativi ai pazienti presi in carico nell'ambito delle Dimissioni Protette dalla chiusura delle RSA, **situazione peraltro presente solo nel territorio del Distretto Alto Tevere vista la progressiva riapertura delle altre RSA situate nei diversi Distretti aziendali**, emergono le seguenti criticità:

- peggioramento delle condizioni cliniche con un nuovo ricovero ospedaliero entro 30 giorni dalla dimissione;
- ricorso improprio alle prestazioni del P.S con aumento dei ricoveri a prevalenza di problematiche socio-assistenziali;
- sovraccarico della presa in carico dei pazienti da parte dell'assistenza domiciliare;
- impossibilità di poter garantire adeguata e tempestiva assistenza e continuità assistenziale ad un numero progressivamente in aumento di persone "fragili" che non possono ritornare o temporaneamente o permanentemente a domicilio.



Rinnovando quanto già deliberato dal Consiglio comunale, RISULTA ASSOLUTAMENTE URGENTE E IMPROCRASTINABILE la riapertura di una RSA nel territorio tifernate con aumento dei posti .

CARENZA CENTRI VACCINALI/ TRACCIAMENTO/BLOCCO LISTE DI ATTESA

La risposta che emerge a queste gravi carenze del sistema sanitario pubblico, che sembra non riuscire a reggere l'urto delle necessità sanitarie aumentate con la pandemia, da parte della Regione è “il ricorso al privato”

In queste ultime settimane si assiste ad una situazione estremamente critica della gestione pandemica: **i servizi pubblici non riescono a garantire il tracciamento e lo screening**, né per inizio isolamento né per l'uscita da esso. I cittadini per giorni restano in balia di norme contraddittorie e repentine non sapendo a chi rivolgersi, con l'ASL assente: l'abbandono è evidente, così come il default della risposta della sanità regionale. Pur di continuare a gestire vita lavorativa e scolastica, non resta che rivolgersi ai laboratori di analisi private dell'Umbria. Sborsando denaro. Ovviamente gli stessi centri privati in pressing sulla Regione hanno ottenuto la firma dell'ennesima convenzione: i cittadini possono andare dai privati a fare il tampone di uscita dalla quarantena senza pagare direttamente perchè il conto verrà saldato dal sistema sanitario regionale.

Liste bloccate e reparti chiusi: cosa può fare un cittadino che ha urgenza di servizi diagnostici, radiologici e/o effettuare interventi, se interi reparti (tre reparti di Chirurgia in queste ore , in altrettanti PO umbri) vengono chiusi e il personale dirottato nei reparti Covid?

E cosa può fare se gli esami diagnostici di cui era in attesa , vengono sospesi per lo stesso motivo? Ovviamente ricorre al privato convenzionato, prima di perdere la propria salute.

Ecco, questo è l'abdicare dello Stato e del Servizio pubblico al diritto di salute dei cittadini perché chiudere interi reparti lede un diritto costituzionalmente garantito e inoltre viene fatto a favore del privato, in un'ottica non più di affiancamento ma di sostituzione.

VERIFICATO CHE

La Regione ha il dovere di programmare non solo la gestione ma anche l'uscita dalla pandemia: per cui **tutte le** predette **criticità** in ordine alla situazione dei distretti sanitari dell'Altotevere, cui si aggiungono le criticità della struttura ospedaliera **dovrebbero trovare risposta nel Piano Sanitario regionale, che invece non contiene risposte puntuali.**

Il **PSR** dichiara intenti e volontà riorganizzative, declinate al futuro, ma non si occupa nel concreto dei reali problemi che il nostro territorio (similmente agli altri territori umbri) affronta ogni giorno, riuscendo raramente a calarsi dalla parte del cittadino e mantenendo uno sguardo generico e dall'alto della postazione di governo molto più preoccupato di accorciare “la catena di comando” che implementare realmente i servizi a misura di cittadino.

L'analisi demografica, epidemiologica e gli aspetti economico finanziari da cui parte il PSR farebbero pensare ad una serie di precise misure atte a superarne **le criticità:**



- Ad esempio, l'importante passaggio sugli **infortuni sul lavoro** che vede l'Umbria al 3° posto come una delle regioni con indice più alto, avrebbe potuto preludere a delle proposte di prevenzione, che tuttavia non ci sono.
- Le analisi delle incidenze delle malattie tumorali nella nostra regione, inoltre, avrebbe dovuto produrre un concreto impegno circa l'effettivo ripristino del **Registro dei Tumori**, che è sospeso da oltre due anni e i cui dati si fermano al 2016: manca invece ogni accenno, e, mentre sulla carta dovrebbe essere gestito da Umbria Salute e Servizi, di fatto risulta non attivo.
- L'attenzione verso il superamento delle disuguaglianze sociali **nell'accesso alle cure**: in particolare per l'analisi e le proposte relative al ruolo del **MMG**, l'introduzione della figura **dell'infermiere di comunità**.

Purtroppo però:

- NON si chiariscono i parametri per l'introduzione di quest'ultima figura, per cui non si quantifica il numero degli infermieri che verrebbero assegnati "alle comunità";
- non si affrontano i vari disagi che in un territorio variegato e fatto di piccolissimi centri e piccoli Comuni, devono affrontare i cittadini per essere serviti dal MMG: ci sono situazioni dove questa figura non va, non solo a domicilio, ma neanche apre un ambulatorio. Queste sono gravi criticità per una popolazione sempre più anziana: **urge una ridefinizione delle convenzioni affinché tale servizio sia reso obbligatoriamente di prossimità rispetto alla residenza dei cittadini.**

Si intuisce lo sforzo volto al superamento delle disomogeneità territoriali sulle cui conclusioni, però, restano molte perplessità.

Nelle intenzioni di ricaduta di questo Piano sui cittadini:

- Equità nell'accesso ai servizi su tutto il territorio regionale"
- Accesso semplificato ai servizi del Sistema Sanitario: l'introduzione delle Case della Comunità permetterà al cittadino di individuare fin da subito la struttura deputata all'assistenza territoriale per le prestazioni ordinarie.
- Riduzione dei tempi di attesa
- Garanzia di una reale ed efficace presa in carico

emerge soprattutto **la riorganizzazione della catena di comando con un significativo accentramento dello stesso e dove il cittadino è oggetto e non soggetto** del servizio sanitario, come sembra confermato dalla affermazione dell'assessore Coletto - in occasione dell'avvio della fase partecipativa del PSR - che come riportato da Umbria notizie, in merito alla riduzione dei distretti precisa: *" Il cambiamento infatti ha il solo scopo di accorciare la catena di comando per rendere più agevole il governo."*

-Obiettivo condivisibile è quello *della nuova programmazione regionale: superare l'attuale frammentazione e settorializzazione, attraverso un rafforzamento della programmazione integrata, del monitoraggio e della valutazione.*

Ma risulta quanto meno deficitaria la modalità scelta per rafforzare l'integrazione socio-sanitaria "attraverso l'integrazione della cabina di regia politica, prevista al capitolo 3.1.3 (Il modello di governance), con un rappresentante del Comitato delle Autonomie Locali (CAL). ..."

Gli strumenti a disposizione ci sono (la Conferenza di Zona, il Piano sociale di Zona ed i relativi strumenti operativi, la multiprofessionalità) ma la vera scommessa è il rafforzamento dei percorsi formativi congiunti del personale sociale e sanitario: la proposta del **Centro Unico di Formazione** e Valorizzazione delle Risorse Umane, è stato sempre osteggiato perché ogni azienda ha voluto mantenere la totale autonomia con un fattore moltiplicativo dei costi



Sanità digitale: le problematiche relative ai processi di informatizzazione vanno a toccare un elemento innovativo e strategico di tutto il PSR. La frammentazione dei sistemi informativi e informatici, spesso la loro “incomunicabilità” complicano la vita sia degli operatori che dei cittadini, moltiplicando inoltre i costi di acquisto e di gestione degli stessi.

In altre importanti realtà sanitarie nazionali il ruolo dell'Ingegnere/Architetto di Sistema, colui che progetta e gestisce la rete informative, è una figura unica e ben definita; nel caso del PSR invece si rimanda a troppi soggetti, in modo troppo generico, che potrebbe risultare sordinato e di difficile gestione. **Telemedicina, tele-visita, tele-consulto, tele monitoraggio, ricerca,** sono ambiti da implementare con benefici per l'utenza, ma se è alla **sanità digitale** che viene attribuito il compito di consolidare la medicina di base e la multidisciplinarietà, come sarà possibile attuarla nel breve, se non si è riusciti nemmeno a implementare efficacemente l'atteso FASCICOLO SANITARIO DIGITALE? Si chiede quindi di **risolvere prima queste reali inefficienze.**

CONSTATATO CHE

IL PSR rileva come principali **criticità:**

- **eccessiva articolazione della Rete Ospedaliera**, con i 15 PO e le 2 AO e non in tutti i casi conforme ai parametri dettati dal DM 70/2015, carenza dei P.I. di riabilitazione e fuori target la rete dei punti nascita;
- eccessiva articolazione organizzativa dell'area territoriale**, con i 12 Distretti ;
- attuazione disomogenea o addirittura **manca** delle **UCCP** (Unità complesse di cure primarie) e delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali-AFT pediatriche**;
- carenza dei i servizi di salute mentale**, di riabilitazione dell'età evolutiva ed adulti, le cure palliative e mancanza di una Residenza per l'esecuzione di misure di sicurezza (REMS);
- **disomogeneità tra le due ASL** per quanto riguarda i servizi contro le dipendenze;
- notevole incremento dal 2018 della **mobilità passiva** (prestazioni fuori regione);
- scarsa integrazione-socio-sanitaria** in parte per mancanza dei Piani sociali di Zona.

COME il Piano Sanitario regionale risponde a queste criticità?

Con una serie di buone intenzioni in quanto le azioni previste a partire da **sei** strategie, definite come fondamentali, **risultano enunciate ma non concretizzate attraverso modalità certe, mezzi e tempi.**

A partire dalle strategie fondamentali vengono individuate **12 priorità senza però nessuna formulazione di obiettivi di salute specifici.**

Emerge invece una RIORGANIZZAZIONE GESTIONALE, che si preoccupa di rivedere la cabina di regia regionale / riorganizzare i distretti con la loro riduzione da 12 a 5/ istituire un Coordinatore dei Distretti e Centrale Operativa Territoriale (1 regionale hub e 5 spoke) ;

- nei servizi distrettuali viene affermata la attivazione delle **Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità senza nessuna quantificazione, rinviando al PNRR: il problema è che nel PNRR l'Altotevere non risulta in alcun modo destinatario di progetti finanziati per Case o Ospedali di comunità.**

La Riorganizzazione dei servizi territoriali:

ASL1 - Distretto Alto Tevere + Distretto del lago Trasimeno = Distretto Nord-Ovest

Distretto Alto Chiascio + Distretto dell'Assisano = Distretto Nord-Est

Distretto del Perugino + Distretto Media Valle del Tevere = Distretto Centro



ASL2 - Distretto Foligno + Distretto Spoleto + Distretto Valnerina = Distretto Sud-Est
Distretto Orvieto + Distretto Narni-Amelia + Distretto Terni = Distretto Sud-Ovest

appare dettata solo dal **criterio della contiguità**, malgrado sia puntualizzato che tale riorganizzazione è scaturita da un'attenta analisi delle caratteristiche del territorio, della viabilità e della popolazione residente. Non solo.

I **parametri** di AGENAS per l'organizzazione di un Distretto ideali/tipo di 100.000 abitanti di un'area URBANA **dimostrano che poco o nulla si considerano le caratteristiche orografiche, morfologiche e di urbanizzazione del nostro territorio**. I nuovi Distretti rispondono ai criteri del numero di abitanti (tutti superiori ed anche largamente ai 100.000) MA con densità abitative anche di 71 abitanti/Kmq. Ciò significa, per il Distretto AUSL nord-ovest, una estensione da San Giustino a Città della Pieve di km. 98, distanza che richiede almeno 1 ora e 30 di percorrenza su viabilità ordinaria e senza alcun servizio pubblico.

Quale tipo di semplificazione per il cittadino e quale tipo di vantaggio organizzativo può derivarne?

Il tutto appare incongruo, un esercizio di immagine piuttosto che una significativa razionalizzazione con ricadute pessime sui cittadini, basti pensare che l'Ospedale DEA di riferimento per un abitante di Città della Pieve sarà Città di Castello.

Occorre un serio ripensamento della proposta di riordino, verso altra soluzione che rispetti la conformazione territoriale e soprattutto PERMETTA IL RISPETTO del diritto all'accesso veloce ai servizi e alle cure di tutti i cittadini.

A. Rete ospedaliera: In merito alla **organizzazione ospedaliera**, in più parti viene fatto riferimento alla necessità di una sua **ridefinizione** ma **non vengono indicate azioni** in proposito.

Le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità appaiono come proposta coerente rispetto al progetto complessivo di riordino del sistema ospedaliero, giuste le finalità di evitare ricoveri impropri e favorire le dimissioni protette. Ma appare curioso che si enunci quanti sono i posti letto da riservare agli OdC (di norma 15-20 posti letto) se non viene chiaramente detto quanti saranno gli OdC.

“Rideterminare la vocazione delle strutture ospedaliere” presuppone che vengano pre-definiti i **criteri di “pesatura”** affinché le scelte finali non possano apparire come interpretazioni personalistiche e di probabile strumentalizzazione. Il modello che viene proposto Hub and Spoke risulta in generale condivisibile, ma si inserisce in un contesto sanitario che ormai da anni si è articolato e sviluppato su criteri che hanno tenuto in buon conto la peculiare geografia della nostra Regione

B. **RISORSE PROFESSIONALI**: In merito al **personale**, viene fatto riferimento alla sua carenza ed alla necessità di attivare un sistema formativo centralizzato e che nel territorio verranno inseriti **l'infermiere di famiglia e di comunità**, ma **manca ogni riferimento quantitativo e una scadenza temporale**. **Considerando gli impegni di assunzione a T.I. che la Regione ha da tempo sottoscritto e che superavano il migliaio, ma che non sono stati realizzati, riscontriamo una grave responsabilità e una grave inadempienza che mette a rischio l'erogazione dei servizi essenziali per i cittadini.**

C. **LA MEDICINA DI INIZIATIVA TERRITORIALE**

Superare il concetto di *medicina in attesa del cittadino* verso un modello di **medicina di iniziativa che va incontro** può essere un ottimo proposito, ma anche in questo caso è imprescindibile



dallo sviluppo di un sistema informatico che sia ottimamente progettato. Il disegno appare molto complesso e articolato e necessita di importanti investimenti dal punto di vista del personale. Si consideri che in Umbria la figura dell'Assistente Sanitario è praticamente assente dallo scenario operativo dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri, se ci sono svolgono attività ai limiti del loro profilo.

D. IMPORTANZA DELL'ASSISTENZA NEL FINE VITA

L'attenzione alle cure palliative e terapia del dolore, non solo a carattere oncologico, sono un buon proposito e sicuramente strategico per una migliore gestione dei posti letto ospedalieri. Certamente la complessità del paziente in fine vita, in quasi tutti i casi, difficilmente può essere gestita esclusivamente in ambito familiare e/o con pochi minuti di presenza medico/infermieristica di supporto. **Serve una quantificazione delle risorse necessarie in maniera cospicua, altrimenti costi sociali e psicologici continuerebbero a ricadere sulle famiglie.**

E. SERVIZI AI CITTADINI/DIAGNOSTICA: Non sono indicate azione specifiche per i vari servizi che devono essere garantiti ai Cittadini e rispetto alle liste di attesa, viene affermato che la riorganizzazione territoriale, il rafforzamento della medicina di base con il passaggio alla medicina di iniziativa e la presa in carico della cronicità, verrà garantito un appropriato utilizzo dei servizi per la riduzione dei tempi di attesa, ma non c'è alcun riferimento alle modalità di gestione delle liste di attesa, in particolare per esami diagnostici.

Non si capisce assolutamente come la riduzione dei Distretti e l'introduzione del Coordinatore di Distretto possa praticamente garantire parità di trattamento e disponibilità dei servizi, prestazioni e percorsi di cura.

A FRONTE DI CIO', QUESTO CONSIGLIO

SOTTOLINEA CHE:

RESTANO IRRISOLTI alcuni nodi problematici che stanno impedendo ai cittadini l'agevole accesso ai servizi di diagnosi e cura, per i QUALI SI CHIEDE SOLUZIONE:

- del **controllo delle liste di attesa** non c'è traccia nel PSR, mentre urgono soluzioni immediate: diventa imprescindibile una GESTIONE reale delle attività intramoenia che, nel caso di liste di attesa troppo lunghe, devono essere sottoposte ad una regolazione che permetta di **SMALTIRE PRIORITARIAMENTE le richieste del CUP ordinario;**

- dove, come e quando sarà realizzata **la Casa di Comunità per l'Altotevere?**

- dove e quando verrà **riaperta una RSA per anziani?**

- come verranno implementati i **servizi**, ora carenti, per la **gestione delle dipendenze, dei disturbi del comportamento alimentare e delle patologie mentali sia in età adulta che in età pediatrica?**

- **Servizi per l'Età evolutiva:** risulta una domanda di salute decisamente superiore alle forze professionali che devono attualmente gestirla; risulta assolutamente necessario un maggior numero di professionalità adeguate (psicologi, psicoterapeuti, logopedisti...)

- **il servizio dei MMG** in alcuni casi dei piccoli Comuni non è garantito a livello domiciliare e/o locale: urge una ridefinizione delle convenzioni affinché tale servizio sia reso obbligatoriamente di prossimità rispetto alla residenza dei cittadini;



- elaborare immediatamente progetti riguardanti esclusivamente il territorio comunale, per l'**utilizzo dell'ingente somma del Lascito Mariani** devoluto da questo Comune nelle casse della ASL1, al fine di "alleviare le sofferenze dei tifernati" in maniera utile e congrua.

RITIENE CHE

La salute non è un costo, è un investimento: occorre **calcolare il fabbisogno di SALUTE e non solo quello di cura**, perché altrimenti si sanciscono le disuguaglianze e si **costringe il sistema pubblico ad adattarsi ai limiti finanziari nel senso che la sua privatizzazione sarebbe una forma di adattamento dei diritti e subalternità rispetto all'economia.**

Anche le proposte del Recovery Fund se rappresentassero una politica solo della spesa, evidenzerebbero la rinuncia a mettere le mani in una criticità strutturale. Si chiedono tanti soldi per fare tante cose ma non si dice come farle, come distribuirle.

Nella versione definitiva del PNRR le risorse destinate alla sanità saranno circa 20 miliardi di euro, **di cui solo 7 mld destinati al potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale.** Ciò che preoccupa non è solo l'esiguità della cifra, ma anche i meccanismi di mercato previsti nell'uso di queste risorse: infatti dei 7 mld di euro, 4 mld saranno destinati a remunerare le prestazioni di assistenza domiciliare erogate da provider privati accreditati e convenzionati in competizione tra loro.

Occorre modificare il paradigma culturale sotteso al concetto di TERRITORIO E SALUTE, tale per cui la Sanità pubblica, patrimonio del Paese di immenso valore politico, per sopravvivere alle sfide dell'economia, ai mutamenti sociali ed alle pandemie ha bisogno di un rinnovato pensiero riformatore.

Ricollochiamo nel confronto politico la centralità della dignità umana, dei diritti, ricollochiamo la salute nell'alveo del dettame sancito dalla Costituzione italiana, per ricondurla nell'ottica di primario servizio pubblico a beneficio del cittadino, anziché essere un segmento utile solo al profitto del mercato,
secondo "nuovi" **ASSI STRATEGICI DEL CAMBIAMENTO:**

Salute-Diritto- Bene Comune

- *Gratuità delle cure*
- *Garanzia di accesso ai servizi con abolizione delle liste di attesa*
- *Garanzia di accesso a servizi efficaci e di qualità.*
- *Assegnazione delle risorse alle Regioni e ai territori in base a indicatori di deprivazione sociale e bisogni di salute.*

Salute- Approccio bio-psico-sociale

- *Centralità delle politiche di Promozione della salute e prevenzione primaria*
- *Ecodistretti: potenziamento attività di prevenzione e di tutela dell'ambiente e del territorio*
- *Assorbimento nel Servizio Sanitario Nazionale delle attività di sorveglianza nei posti di lavoro.*
- *Costruire percorsi integrati di salute (medicina di iniziativa, dimissioni protette, continuità assistenziale, strutture intermedie)*

Il ruolo della Comunità e Partecipazione dei cittadini

- *Potenziamento della assistenza sanitaria di base, dei servizi territoriali, delle cure primarie, dell'assistenza domiciliare*
- *Ampliamento dell'offerta della rete assistenziale dedicata alla popolazione anziana, ai gruppi sociali più vulnerabili*
- *Processi politici di partecipazione democratica alle decisioni in materia di politica sanitaria.*



Organizzazione Sanità pubblica

- Abolizione della regionalizzazione
- Superamento della gestione aziendalistica dei servizi socio-sanitari
- Obbligo di trasparenza per le Aziende sanitarie con pubblicazione di bilanci sociali
- Innalzamento degli standard qualitativi e del monitoraggio sulla sanità convenzionata
- Regolazione della libera professione intra ed extra-moenia

Rilancio delle figure professionali socio-sanitarie

- Revisione e potenziamento delle piante organiche
- Valorizzazione figure professionali e nuove assunzioni pubbliche

Governo partecipato

- Ruolo dell'Ente Comunale quale Responsabile della Salute del territorio

Se oltre all'individuo c'è la Comunità, allora è necessario ripensare l'attuale forma di governo della sanità.

Si deve passare ad un **governo della comunità** basato sull'alleanza tra diritti e doveri dei cittadini, degli operatori, delle istituzioni, delle forze sociali, delle forze politiche.

Occorre recuperare il Comune al governo della salute. Come si fa a parlare di territorio, di salute, di prossimità senza il Comune? **Il Comune è la Comunità.**

Le regioni sono distanti dalle Comunità. **Con l'attuale modello di governo attuale il criterio di prossimità è negato, mentre occorre recuperare il ruolo del Comune nei processi di programmazione sociosanitaria**

IMPEGNA SINDACO E GIUNTA

A far valere in tale prospettiva il diritto-dovere delle amministrazioni locali di contribuire alla costruzione di percorsi di salute per la comunità dei cittadini, relazionandosi con il decisore regionale, con i responsabili dei servizi socio-sanitari, con le forze sociali, le organizzazioni e i cittadini affinché si realizzino forme strutturate e permanenti di partecipazione.

Tutto il servizio sanitario deve essere rivitalizzato di cultura etica, di processi di umanizzazione a beneficio del diritto alla salute delle nostre collettività.

Città di Castello, 24 gennaio 2022

Emanuela Arcaleni (Castello Cambia)